

УДК 616.2-002.1-018.73+616.248-053.2:364.444

Шварацкая О.В., Каличевская М.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г.

Днепр, Украина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

В статье обговариваются факторы, влияющие на респираторную заболеваемость детей с бронхиальной астмой, а также особенности клинического течения ОРВИ у таких детей.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ОРВИ, дети

Shvaratska O.V., Kalichevska M.V.

SE “Dnepropetrovsk Medical Academy of MoH of Ukraine”, Dnepr,

Ukraine

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF UPPER RESPIRATORY
TRACT INFECTIONS IN CHILDREN WITH ASTHMA

The article discusses risk factors of respiratory tract diseases in children with asthma, along with clinical features of upper respiratory tract infections in such children.

Key words: asthma, upper respiratory tract infections, children.

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных респираторных заболеваний детского возраста. По данным исследований ISAAC, до 20 % детей в популяции могут страдать бронхиальной астмой [4]. Известно, что такие дети более подвержены риску возникновения респираторных инфекций, чем их здоровые сверстники [2]. Присутствует и обратная закономерность: для 80 % случаев обострений бронхиальной астмы у детей триггером являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) [4]. Учитывая, что заболеваемость и распространенность ОРВИ среди детского населения в общем является существенно высокой [1; 3], дети с бронхиальной астмой

являются особо уязвимой категорией пациентов. Увеличение частоты обострений астмы ассоциировано с возрастанием экономической нагрузки на государство и семью в связи с увеличением затрат на медицинское обслуживание и числа дней временной нетрудоспособности родственников больного ребенка, связанной с необходимостью ухода за ним. Также частые ОРВИ на фоне бронхиальной астмы приводят к увеличению стоимости лечения, повышают лекарственную нагрузку на организм ребенка и увеличивают вероятность побочных эффектов медикаментозной терапии и аллергических реакций.

Учитывая изложенное, целью исследования стало изучение факторов, влияющих на респираторную заболеваемость детей с бронхиальной астмой, а также клинических особенностей течения ОРВИ у таких детей.

Для достижения поставленной цели было проведено клинικο-лабораторное обследование 146 детей в возрасте от 3-х до 7-ми лет, в период острой респираторной вирусной инфекции. Из них 112 детей болели бронхиальной астмой (основная группа), а 34 ребенка не имели каких-либо проявлений аллергии в анамнезе и выступали в качестве контрольной группы. Диагнозы БА и ОРВИ устанавливались в соответствии с действующими протоколами МЗ Украины, согласно этим нормативным документам проводилась и терапия указанных заболеваний. Всем пациентам проводилось объективное клиническое обследование, а также, для определения истоков респираторной заболеваемости, производился ретроспективный анализ медицинской документации ребенка и анкетирование родителей.

Средний возраст детей основной группы составил $5,1 \pm 0,2$ года, средняя продолжительность заболевания бронхиальной астмой – $1,9 \pm 0,2$ года. Количество мальчиков преобладало над количеством девочек вдвое и составляло 67,4 % против 32,6 %. 19,4 % обследованных детей имели интермиттирующую форму бронхиальной астмы, 16,1 % –

персистирующую легкой степени тяжести и 64,5 % – персистирующую средней тяжести форму заболевания. Течение астмы как полностью контролируемое было оценено только у 9,7 % больных, остальные имели частично контролируемое (50,0 %) или неконтролируемое течение (9,7 %). У оставшихся 30,6 % детей диагноз бронхиальной астмы был выставлен впервые, поэтому контроль течения не оценивался. Также 77,4 % детей основной группы имели и другие аллергические заболевания: 59,6 % – атопический дерматит, 43,5 % – аллергический ринит, 19,4 % – крапивницу.

Обострения бронхиальной астмы возникали в течение года дважды и чаще у 72,1 % детей, а 4 и больше обострения в год отмечали 27,9 % детей. При этом острые респираторные вирусные инфекции как триггерный фактор обострения аллергического процесса имели значения в 95,2 % больных, а в 69,3 % детей с ними было связано больше 50,0 % обострений бронхиальной астмы.

Проведенный анализ семейного анамнеза у обследованных детей не только подтвердил тезис о генетической детерминированности развития БА, высказанный многими исследователями, но и показал влияние генеалогических факторов на темпы ее развития. Наследственная отягощенность обнаружена у 66,1 % детей с БА, тогда как в группе контроля этой показатель составил 47,1 %, ($p < 0,05$). В структуре заболеваний ближайших родственников детей, болеющих БА, достоверно преобладали аллергические заболевания и заболевания органов дыхания, которые в общем составляли 73,2 % всей патологии и встречались у родственников 50,0 и 21,0 % детей с БА соответственно, в отличие от контрольной группы, где частота указанных видов патологии составила 8,8 и 5,9 % соответственно ($p < 0,05$). Отягощенная наследственность по респираторным формам аллергии встречалась вдвое чаще отягощенности по кожным формам (40,3 и 21,0 % соответственно), что отражает

определенную органоспецифичность наследуемой атопической предрасположенности.

У детей с бронхиальной астмой также достоверно чаще в сравнении с контрольной группой в анамнезе встречалось патологическое течение ante-, intra- и неонатального периодов. Среднее количество негативных антенатальных факторов также была достоверно выше в группе детей с бронхиальной астмой по сравнению с контролем ($2,61 \pm 0,22$ против $1,62 \pm 0,36$, $p < 0,05$).

Достоверно в группах исследования отличался средний показатель продолжительности грудного вскармливания, который составил $8,1 \pm 0,96$ месяца в группе детей с бронхиальной астмой и $12,84 \pm 0,84$ месяца в группе детей без аллергических заболеваний ($p < 0,001$). Согласно современным данным, удлинение срока грудного вскармливания способствует более поздней клинической манифестации аллергической патологии у детей с атопической предрасположенностью. В группе детей с бронхиальной астмой только 8,1 % не имели отклонений в состоянии здоровья в течение первого года жизни (против 52,9 % в контрольной группе, $p < 0,01$). Среднее количество отклонений в состоянии здоровья, которые возникали на первом году жизни, у детей с бронхиальной астмой составила $2,23 \pm 0,19$, а у детей без аллергической патологии – $0,71 \pm 0,15$ ($p < 0,001$). 74,2 % детей с бронхиальной астмой впервые перенесли ОРВИ на первом году жизни, тогда как в контрольной группе таких детей было только 38,2 % ($p < 0,01$). Средний возраст первого респираторного заболевания у детей с бронхиальной астмой составил $8,10 \pm 0,65$ месяцев, а у детей контрольной группы – $11,79 \pm 1,11$ месяцев ($p < 0,01$), что по сроку подобно среднему сроку прекращения грудного вскармливания в группах. Проведенный корреляционный анализ подтвердил наличие средней силы связей между возрастом возникновения первого респираторного заболевания и продолжительностью грудного вскармливания ($r = 0,36$, $p < 0,05$). Определенное влияние на развитие бронхиальной астмы имели

медико-социальные факторы, а именно воспитание в малообеспеченных (17,7 % детей, болеющих БА, против 2,9 % детей контрольной группы, $p < 0,01$) или неполных семьях (22,6 и 14,7 % случаев соответственно, $p < 0,05$).

У детей с БА отмечалась более высокая частота ОРВИ по сравнению с контрольной группой ($7,6 \pm 0,4$ против $3,2 \pm 0,3$ эпизодов в год, $p < 0,05$). Выявлены различия в продолжительности периода лихорадки, а также отдельных проявлений катарального синдрома между детьми исследуемых групп. Обострение БА на фоне данного эпизода ОРВИ наблюдалось в 77,4 % детей I группы, что обусловило повышенную частоту развития дыхательной недостаточности у этих детей, а также задержку нормализации аускультативной картины в легких по сравнению с детьми без аллергии. В 64,2 % детей основной группы, у которых бронхиальная астма сопровождалась другими аллергическими заболеваниями, произошло также их обострение. Острый гнойный средний отит, острый аденоидит, синуситы также достоверно чаще встречались у детей с БА, при этом сочетание бактериальных и аллергических осложнений наблюдалось у 35,2 % из них. Соответственно, дети основной группы имели вероятно высшее по сравнению с контролем общую продолжительность эпизода ОРВИ и получали большее количество лекарственных средств, в том числе антибактериальных препаратов.

Таким образом, факторами, влияющими на характер респираторной заболеваемости у детей с бронхиальной астмой, являются как медицинские (отягощенная наследственность, патологическое течение ante-, intra- и неонатального периодов жизни), так и медико-социальные факторы (сокращенная продолжительность грудного вскармливания, воспитание в неполных или малообеспеченных семьях). У детей, болеющих БА, наблюдается высокая частота бактериальных осложнений и обострений аллергической патологии при ОРВИ, что сопровождается затяжным течением респираторной инфекции.

Список литературы:

1. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2016 года [Электронный ресурс] URL: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=7804 (дата обращения – 6.11.2017).
2. Зайцева О. В. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей / О. В. Зайцева // Пульмонология. – 2007. – № 4. – С. 106–111.
3. Кареткина Г. Н. Острые респираторные заболевания: современное комплексное лечение // Лечащий врач. – 2016. – № 10. – С. 25–28.
4. Кузнецова Л. В. Особенности терапии ОРВИ у детей с аллергическими заболеваниями // Український медичний часопис. – 2012. – № 6 (92). – С. 46–51.